

セカンドオピニオン外来予約申込書(医療機関専用)

防衛医科大学校病院

専用FAX 04-2995-1130

送信日 令和 年 月 日

送信先

防衛医科大学校病院 〒359-8513 所沢市並木3-2

地域医療連携室 電話番号 04-2995-1511 (内線3882・3043)

発信者情報

紹介元医療機関名			
診療科		主治医名	
電話番号		FAX	
連絡担当者名		所属部署	

患者情報

ふりがな		性別	生年月日	年齢
患者氏名		男・女	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日	歳
患者住所	〒 -			
自宅電話番号		携帯電話番号		
防医大病院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 (受診券番号: 8桁 -) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明			
患者状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 治療状況 <input type="checkbox"/> 治療前 <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察中			

疾患名				
目的詳細 治療経過等				
提供可能な資料	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> X線 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 内視鏡検査画像 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 病理検査報告 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> その他 ()			
資料準備状況	<input type="checkbox"/> 資料は準備済み <input type="checkbox"/> これから準備 (月 日までに準備予定)			
来院者	<input type="checkbox"/> 患者本人のみ <input type="checkbox"/> 患者本人とご家族 <input type="checkbox"/> ご家族のみ			
予約日時等の連絡先	<input type="checkbox"/> 本人へ電話 <input type="checkbox"/> 医療機関へ電話 <input type="checkbox"/> ご家族へ電話 (※下記の連絡先電話番号を必ず記入してください。) 家族氏名: 家族電話番号 (平日昼間連絡可能な電話番号) :			

・記入要領: 上記該当項目等の□にレ点を記入し、空欄に必要事項をご記入ください。